

多学科合作护理模式在坏死性巩膜炎患者特殊护理中的应用

段宏莉 薛劲松* 李倩 汤福静 王远春

南京医科大学眼科医院 江苏南京 210029

摘要:目的:总结坏死性巩膜炎(scleritis)合并 ANCA 相关性血管炎患者的护理特殊点,对护理要点进行补充完善,规范临床护理方法:收集我病区收治的患者,既往 ANCA^[1-2]相关性血管炎、高血压、糖尿病药物控制可,针对多学科会诊中提出来的问题组织护理特殊点讨论,结果总结如下:预防炎症并发症,详细询问病史寻找病因,并对其进行针对性护理,嘱患者加强营养,改善全身情况,提高免疫力。ANCA 相关性血管炎护理^[3-4]:观察尿量、尿液颜色,关节肌肉疼痛,皮疹、下肢水肿等全身情况,呼吸症状,有无哮喘、咳嗽、痰中带血甚至咯血,遵医嘱及时复查血、尿常规,定期检查肺部情况。疼痛护理嘱患者卧床休息,观察患者疼痛的部位、性质、程度,并观察止痛的效果,患者疼痛部位按摩护理,让患者保持轻松愉悦的心情。饮食护理,与院营养科共同制定患者的三餐搭配,荤素营养均衡。心理护理讲解疾病的知识及各种治疗的预期疗效,鼓励患者表达自身的感受,倾听主诉,指导深呼吸、腹式呼吸改焦虑,树立信心。常规护理高血压糖尿病的同质化护理,糖皮质激素护理,眼压护理,预防跌倒坠床护理及心理护理。结果:通过总结讨论及再总结,各项护理措施在患者住院期间可以合理规范使用,未出现不良反应及并发症,患者对护理效果满意。结论:对特殊护理病例我们应提高重视并及时查阅资料进行全员讨论可以有效完善临床护理质量。医护配合对多学科会诊的患者会诊意见能在第一时间落实相应护理措施提高,丰富并提高护理管理^[5]新方法切实提高管理质量。

关键词:坏死性巩膜炎; ANCA 相关性血管炎; 特殊护理

巩膜炎(scleritis)是病理特征为细胞浸润,胶原破坏、血管重建的巩膜基质层炎症,坏死性巩膜炎较少见,是巩膜炎中最具破坏性的一种。60%的患者出现眼部或全身的并发症;40%的患者丧失视力;少数患者发病后5年内死亡。发病时眼痛明显,进展迅速,眼痛剧烈与炎症表现不成比例,局部表现为巩膜炎炎症斑块,病灶边缘炎症反应重于中央。得不到有效的治疗炎症范围可扩至整个眼球前段和周围角膜,产生角膜溃疡、葡萄膜炎和青光眼,严重可发生巩膜变薄、软化、坏死、葡萄肿形成。ANCA(antineutrophilcytoplasmicantibodies)相关性血管炎也就是抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎,是一种自身免疫性疾病,是由自身免疫介导的毛细血管的炎症。

1 资料和方法

1.1 一般资料

搜集病区2019年收治的患者戴某,男,因3月前无明显诱因下自觉右眼疼痛不适,伴视力下降,曾于当地医院就诊,诊断为“右眼坏死型巩膜炎”,予以局部用药抗炎抗感染治疗(托比卡胺眼水+典必殊眼水+普拉洛芬眼水),治疗后患者自觉症状无明显缓解,疼痛感及视力下降较前更加明显,遂建议至我院进一步诊治,并于今日来我院就诊,经门诊检查诊断为“右眼坏死型巩膜炎”并将其收住入院,入院后精神状态可,饮食、睡眠及二便未见异常。

患者既往史“ANCA相关性血管炎”病史4年,目前口服“吗替麦考酚酯分散片1片 BID+醋酸泼尼松片2片 QD+阿法骨化醇片1片 QD”治疗中。有“高血压”病史10年,目前口服“氨氯地平片1片 QD”治疗,自诉血压控制可。有“2型糖尿病”病史4年,目前使用“诺和灵 早8iu 晚9iu”皮下注射治疗,自诉血糖控制可。

1.2 方法

患者在入院后医生组立即组织多学科会诊,根据多学科会诊的建议护理组立即组织特殊病例讨论,对护理特殊点难点组织全体人员进行讨论总结,具体护理措施讨论总结如下:

1.2.1 坏死性巩膜炎并发症护理

积极寻找病因,并对其进行针对性治疗,加强营养,改善全身情况,局部使用糖皮质激素减轻炎症反应,密切关注与药物有关的并发症。

1.2.2 关注眼压变化

每日监测眼压,密切关注眼压变化,关注患者主诉,嘱其如有不适症状立即告知医护人员,巩膜水肿和血管扭曲所致的上巩膜静脉压增高是眼压增高的可能原因,多关心病人,

嘱其保持情绪稳定,心情愉悦,生活有规律,避免情绪波动。禁止吸烟、饮酒、喝浓茶、咖啡以及辛辣等刺激性食物,适当控制饮水量,一次饮水量不超过300ml,多吃蔬菜水果,清淡易消化食物,保持大便通畅。如便秘时勿用力排便,避免眼压升高。合理安排日常生活,腰带、内衣、领口不宜过紧。

1.2.3 关于 ANCA 相关性血管炎护理

临床表现复杂、多样,目前尚无统一的诊断标准,多发于老年人,常累及肾、肺、皮肤、神经系统等,严密监测生命体征的变化,观察尿量、尿液颜色的变化,观察有无血尿、蛋白尿,观察患者有无关节肌肉疼痛,皮疹、下肢水肿等全身情况观察有无呼吸症状,如哮喘、咳嗽、痰中带血甚至咯血,遵医嘱及时复查血、尿常规,定期检查肺部情况。

1.2.4 患者口服糖皮质激素护理^[5-7]

做好健康宣教,向患者详细讲述激素类药物使用的重要性和必要性,坚持按时、按量,遵医嘱使用用药,不得自行增减药量,预防反跳,服药期间在病情允许的情况下多喝水,增加尿量,促进药物排泄,以降低或避免并发出血性膀胱炎及其他药物不良反应,长期、大剂量应用糖皮质激素时做好皮肤及口腔黏膜的护理,防止真菌感染,糖皮质激素最佳服药时间为早上07:00-08:00,饭后服药,以减少对胃黏膜刺激,并联合服用保护胃黏膜的药物,预防骨质疏松是,补充钙剂和维生素D,避免剧烈运动,预防骨折,服药期间应给予低盐、高蛋白、高钾、高钙饮食,监测血压、血糖和尿糖变化

1.2.5 高血压护理

注意休息,劳逸结合,保证充分睡眠。控制情绪,避免情绪激动,尤其是生气和愤怒可诱发血压的增高,故应保持情绪轻松、稳定。饮食:每天摄盐量应低于6g,肥胖者还需限制热量和脂类的摄入。戒酒,限制饮酒。适量运动根据病情选择骑自行车、健身操、快步行走等有氧运动,避免参加举重、俯卧撑等力量型活动以及比赛、竞争性质的活动,运动锻炼应做到持之以恒。合理用药,为预防靶器官的损害应坚持服药,即使血压降至正常也不能擅自停药。服药的测量应遵医嘱,不可随意增加,以防因血压降得过低而致重要脏器供血不足。做好病情监测,教会病人或家属测量血压,以便在家中定期自我测量。此外,病人还需门诊随访检查靶器官受损情况

1.2.6 糖尿病护理

饮食——注意一日三餐七成饱,要少吃多餐,不吃过甜的食物,不吃辛辣的食品,严禁抽烟、喝酒等不良习惯,饮食

要注意粗、细粮搭配。运动—每天都要有一定量的运动, 餐后半小时后即可开始运动, 但不宜过量, 提倡每天散步 1—2 小时, 不要空腹运动。病人不宜疲劳过度, 必须注意休息, 保证充足的睡眠。用药—合理用药, 按时按量进餐, 加强血糖监测可预防低血糖的发生, 注射胰岛素的患者较易发生低血糖现象。因此、在饭前 30 分钟注射, 随身备少量糖果应急, 运动过度或不时进食引起的低血糖休克, 必须让患者立即进食一些容易吸收的糖类。定期监测血糖变化, 空腹及餐后 2 小时和糖化血红蛋白。

1.2.7 疼痛护理

患者出现头部疼痛, 应嘱患者尽量卧床休息, 减少活动注意观察患者疼痛的部位、性质、程度, 及时告知医师, 遵医嘱给予止痛药物, 并观察止痛的效果, 告知患者及家属分散注意力的方法, 如听音乐等, 给予患者疼痛部位按摩护理。

1.2.8 预防跌倒坠床护理

加强预防跌倒坠床的安全宣教, 如穿防滑拖鞋, 睡觉时拉起床栏等, 护士协助完成生活, 将物品放置患者伸手可触及处, 保持病房地面清洁干燥, 病房床旁走道障碍清除。嘱其家属陪护, 悬挂防止跌倒坠床标识。

1.2.9 心理护理

详细向患者讲解关于疾病的相关知识及各种治疗的预期疗效, 耐心解答患者提出的疑问, 以减轻患者心理负担, 鼓励患者表达自身的感受, 耐心倾听患者主诉, 根据患者的状况选用指导深呼吸、腹式呼吸等心理干预, 改善患者焦虑、抑郁状况, 增强其恢复的自信。

2 结果

2.1 结合医疗组的治疗重点通过护理多学科会诊^[8-10]及时调整护理难点及观察要点, 结合营养科的会诊建议给与患者功能性饮食, 责任护士记录患者的进食种类与量, 有效督促患者健康合理进食预防药物并发症, 并给患者配置营养餐; 结合健康管理中心会诊建议患者固定责任护士并与健康管理师一对一班班对接, 每日对患者进行分时段健康教育与心理疏导, 对护理中出现的疑难问题请科护士长及护理部进行指导, 对指导建议进行再整合总结, 动态科学完善患者的护理^[11-13]。

2.2 提高了部门之间的协作与沟通意识, 对于临床上新遇到的特殊疑难病例总结意识提高, 自上而下提高重视, 全体护理人员病情观察能力与查阅文献资料的能力得到了进一步锻炼和提高。

2.3 通过阶段性查房及每日医护病例讨论多学科会诊的问题可以及时有效落实, 对护理效果欠佳的问题进行再思考, 寻求其他部门支持, 多途径多方法保障各项措施得到有效科学及时实施^[14-17]。

3 结论

MDT 协作护理模式可以有效发挥医院健康管理中心及营养科的工作优势, 有效整合利用资源, 对临床特殊病例的护理提供护理指导和支持, 我们应提高重视并及时查阅资料进行全员讨论, 可以有效完善临床护理质量。医护配合对多学科会诊的患者会诊意见能在第一时间落实相应护理措施, 预防并发症^[18-20], 多学科会诊后的护理措施得到及时补充与更进。患者对护理及治疗效果满意。临床中遇到新的或者疑难的病例我们需要及时组织会诊^[21-23], 寻求多学科会诊建议, 及时完善我们的护理措施, 落实科学规范护理, 对患者而言, 最大程度享受医疗资源, 实现同质化护理。对医务人员而言, 整合医疗资源, 教学相长, 合作提升, 对医院而言, 发挥部门优势, 搭建多方位平台服务患者^[25]。对社会而言, 资源充分运用, 提高效率, 优化诊疗环境这是临床护理管理的重要环节与治疗保障的有效方法, 值得保持与推广^[26]。

参考文献

[1] Mahr AD, Neogi T, Merkel PA. Epidemiology of Wegener's

analyses of granulomatosis: Lessons from descriptive studies and genetic and environmental risk determinants[J]. ClinExpRheumatol, 2006 Mar-Apr;24(2Suppl 41):82-91.

[2] 葛坚. 眼科学. 2005, 8(1):199.

[3] 曾继红, 何为民. 眼科护理手册[M]. 北京: 科学出版社, 2015:37.

[4] 吴海婷, 蔡建芳, 李航. 干燥综合征合并 ANCA 相关性血管炎肾损害护理[J]. 中华肾脏病杂志, 2018, 34(3):161-166.

[5] 倪春燕. 糖皮质激素诱发骨质疏松骨折患者的护理体会[J]. 海峡药学, 2018(2).

[6] 赵亚芸. 创新 8S 模式在综合医院护理管理中的应用效果评价[J]. 卫生职业教育, 2019, 37(3):150-152.

[7] 王家祥, 郭立华. 临床疾病多学科协作综合治疗的思考[J]. 医学与哲学, 2009, 30(13):8-10.

[8] 王丽, 李继平. 我国护理会诊的发展现状与建议[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(2):104-106.

[9] 20 例巩膜炎患者的临床护理体会[J]. 医药前沿, 2012, 11:58-59

[10] 1 例奴卡菌致感染性巩膜炎的临床护理[J]. 医药前沿, 2012, 11:58-59

[11] 管艳, 王哲云. MDT 协作护理模式在 StanfordA 型主动脉夹层术后呼吸机相关性肺炎防治中的实践[C]. 南京外科护理学术年会论文汇编, 2019.

[12] 杨希澜, 顾银燕. 基于多学科协作的老年综合评估在经尿道膀胱肿瘤电切术患者中的应用[C]. 南京外科护理学术年会论文汇编, 2019.

[13] 王诚, 钟清. ANCA 相关性血管炎发病机制及相关研究进展[J]. 现代医药卫生, 2016, 32(15).

[14] 张亚珍. p-ANCA 相关性血管炎合并肾衰竭、血小板减少 1 例的护理[C]. 2015 年浙江省风湿病学学术年会论文汇编. 2015.

[15] 张洁, 赵建华, 田静. 1 例老年抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)相关性肾炎的护理[J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(4).

[16] 金妙娟, 杜红卫. 15 例 ANCA 相关性血管炎患者临床观察及护理干预[J]. 中国中医急症, 2010, 19(1):162-164.

[17] 潘瑞丽, 伍青, 赵艳伟. 显微镜下多血管炎患者的护理[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(2).

[18] 赵雯红. ANCA 阴性原发性小血管炎急性肾损伤伴可逆性肾积水 1 例[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20(3):263-264.

[19] 施嘉. ANCA 相关性血管炎患者的临床特征及预后研究[D]. 重庆医科大学, 2019.

[20] 一例血浆置换对抗中性粒细胞胞浆抗体患者相关性血管炎肺损害的护理[J]. 当代护士, 2018, 25(8).

[21] 刘婷, 李亭玉, 刘丽红. 鼻部护理干预对 ANCA 相关性血管炎患者预防感染的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(17):4063-4065.

[22] 杨跃华, 罗志兵. ANCA 相关性血管炎个案报道[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(29):169-170.

[23] 姜亚琼. 糖尿病的饮食健康[J]. 养生保健指南, 2019, 42(29):67.

[24] 刘秋月. 后巩膜炎的诊断和鉴别诊断的研究进展 眼科研究, 2007, 10(25):790.

[25] Sainz de la Maza M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA. et al. Scleritis herapy. Ophthalmology. 2012Jan;119(1):51-8.

[26] 何梅, 赵曜, 周玥, 等. 环磷酰胺不同给药方式治疗抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎的 Meta 分析[J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13(3):24-28.